ستر سال میں صحت عامہ کے فراز اور نشیب

ڈاکٹر انوار احمد بگوی

ترجمان القرآن: ستمبر 2017ء

صحت، اللہ تعالیٰ کی نعمت ہے جو ہر شخص کا بنیادی اور قانونی حق ہے۔ صحت حاصل کرنے اور اُسے برقرار رکھنے کے لیے سب زیادہ ذمہ داری ریاست پر عائد ہوتی ہے، کیوں کہ وہ اپنے عوام کی صحت و سلامتی اور دیگر بنیادی ضروریات کی ضامن ہوتی ہے۔

صحت کیا ہے جس کا حصول اتنا اہم قرار دیا گیا ہے؟ اس انسانی حق کی تعریف ’عالمی ادارہ صحت‘ (WHO) کے مطابق اس طرح ہے:

ایک مکمل جسمانی، ذہنی، نفسیاتی اور سماجی تسلی بخش حالت (Well Being)، جو محض بیماری اور معذوری (Infirmity) سے نجات تک محدود نہ ہو۔ (۱۹۴۸ء)

مختلف طبقوں اور علاقوں کے انسانوں کے لیے معیار صحت میں کوئی فرق نہیں ہے۔ انسان خواہ جس حیثیت، نسل، مذہب، رنگ، زبان سے تعلق رکھتا ہو، عالمی ادارہ صحت وغیرہ انھی خطوط پر اپنی انتہائی مہنگی خدمات فراہم کرنے کے لیے دُنیا بھر میں اپنی سرگرمیاں جاری رکھے ہوئے ہیں۔

تاہم، ملکی سطح پر یہ منظر بدل جاتا ہے۔ یہاں امیر غریب، دیہاتی شہری، خواندہ اَن پڑھ، مزدور آجر، افسر ماتحت، مافیا غیر مافیا، اشرافیہ عوامیہ، حاکم محکوم، ممبر اسمبلی اور ووٹر، شہری اور فوجی کے لیے قانون میں فرق ہے اور اطلاق جدا جدا ہے۔ یہاں تعلیم کے ساتھ ساتھ صحت کی تعریف، معیار اور اُس کی سہولیات بھی الگ الگ ہو جاتی ہیں۔ پاکستان میں صحت پہلے وفاقی موضوع تھا، اب ۱۸ویں ترمیم کے بعد صوبائی ذمہ داری قرار پایا ہے، البتہ کئی کلیدی اُمور پر وفاق کا کنٹرول ہے۔

انگریز کے لیے ہندستانی عوام کی صحت کی ضرورت اور حفاظت صرف اپنے کام کے ملازم، سپاہی اور فوجی تک محدود تھی، ورنہ عوام کسی کھاتے میں شمار نہیں ہوتے تھے۔ انگریز کے لیے اپنے گورے سول اور فوجی ملازم ہی اہم تھے۔ چنانچہ چھاؤنیوں میں پہلے اُن کے

لیے ہسپتال بنے اور صفائی کا نظام بہتر کیا گیا۔ فوج کی صحت کے بعد انسپکٹر جنرل ڈسپنسریز اور جیل خانہ جات کا عہدہ قائم کیا گیا، جس نے فوجی پیدا کرنے والے علاقوں میں ڈسپنسریوں کا آغاز کیا، تاکہ صحت مند نسل کے نوجوان تاج برطانیہ کی حفاظت کے لیے بھرتی ہو سکیں۔ وبائی امراض سے بچاؤ کے لیے بڑے شہروں اور قصبوں میں سینی ٹیشن اور چیچک و ٹائیفائیڈ سے بچاؤ کے لیے حفاظتی ٹیکوں کا انتظام کیا گیا۔ دیہات جہاں ۸۰ فی صد سے زائد محنت کش آبادی رہتی تھی اُسے آفات اور تعویذ گنڈے، جھاڑ پھونک کے رحم و کرم پر چھوڑ دیا گیا۔ 'نظریہ ضرورت' کے تحت نظام صحت و صفائی میں کچھ بہتری اس وقت آئی، جب انگریز کو اپنی 'نوآبادیاتی مملکت' پر جرمنی، اٹلی اور جاپان کے حملے کے خطرات منڈلاتے نظر آئے۔ تب اُس نے شہری دفاع، فائر بریگیڈ اور شہری علاقوں میں سول ہسپتال قائم کیے۔

۱۹۴۷ء میں موجودہ پاکستان میں جہاں آبادی تقریباً ۳ کروڑ نفوس تھی، اس کے چاروں صوبوں اور مشرقی پاکستان میں انتظامی اضلاع اور ڈویژنوں کی تعداد بہت تھوڑی تھی۔ ہر ضلعی صدر مقام پر ایک سول ہسپتال اور ضلع کے چند شہروں اور دوسرے حصوں میں ڈاکٹر یا نیم تربیت یافتہ ڈسپنسر تعینات کیے گئے تھے، LSMF محدود پیمانے پر ڈسپنسریاں تھیں۔ ان ڈسپنسریوں میں کئی مقامات پر جہاں زیادہ تر مقامی طور پر تیار کردہ گولیاں، مکسچر اور سفوف (پاؤڈر) استعمال ہوتے تھے۔ مسلّمہ دواساز فیکٹری کی تیار شدہ ادویات نہیں ہوتی تھیں۔ ملک بھر کے دیہات کسی ایمرجنسی اور میڈیکل امدادی سہولت سے محروم تھے۔ سیلاب اور متعدی وبائی امراض اُن کا مقدر رہے۔ ماؤں، بچوں اور ضعیفوں کا کوئی پُرسانِ حال نہ تھا۔ عوام حفاظتی اور تائیدی صحت سے محروم تھے۔ سادہ زندگی میں امراض بھی سادہ تھے۔ سیاسی اَدوار میں عام ہسپتالوں اور ڈسپنسریوں میں معتد بہ اضافہ نہ ہوا۔ البتہ پنجاب میں نشتر میڈیکل کالج، ملتان اور فاطمہ جناح میڈیکل کالج، لاہور کے علاوہ چند ضلعی ہسپتال تعمیر ہوئے۔ انتظامی سہولت کے لیے ضلعی صدر مقام پر سول سرجن کی (MS) پوسٹ کو میڈیکل سپرنٹنڈنٹ میں بانٹ دیا گیا۔ ایک شہر کے علاج کے لیے، دوسرا (DHO) اور ڈسٹرکٹ ہیلتھ آفیسر باقی ضلع میں صحت و صفائی اور وہاں قائم شدہ چند ڈسپنسریوں کی نگرانی کے لیے۔

صدر ایوب خان کے عہد میں پانچ سالہ ترقیاتی منصوبوں کا آغاز ہوا۔ بیرونی امداد کے ساتھ 'عالمی ادارہ صحت' بھی فعال ہوتا چلا گیا۔ انھوں نے حصول صحت اور تدارک امراض کی سہولیات اور 'بنیادی مراکز صحت (PHC)' کے حوالے سے آٹھ نکات پر ترقی پذیر ملکوں کی توجہ مرکوز کرائی۔ بنیادی صحت کے یہ عناصر ملک کی دیہی اور شہری تمام آبادی کے لیے یکساں ضروری قرار پائے:

۱-بنیادی علاج، ۲- بنیادی ادویات کی فراہمی ۳- زچہ بچہ، ۴- حفاظتی ٹیکے، ۵- متعدی امراض خصوصاً ملیریا سے بچاؤ، ۶- صاف پانی اور سینی ٹیشن، ۷- متوازن غذا، اور ۸- تعلیم وصحت۔

اس تناظر میں ہر یونین کونسل میں ایک بنیادی مرکز صحت تعمیر ہوا۔ ان مراکز کا مقصد یہ تھا کہ خصوصاً دیہی آبادی کو بنیادی صحت کے مذکورہ بالا آٹھ عناصر اُن کے گھر کے نزدیک میسر ہوں۔ ہر چند کہ عملہ وافر تھا، مگر یہ مراکز بہت کم اپنا ہدف یا مقبولیت حاصل کر سکے۔ دیہی مرکز پر ایکسرے، ڈینٹل چیئر، لیبارٹری، آپریشن روم، لیبر روم، کمپاؤڈر، ایمبولینس موجود ہیں مگر کرپشن (بد نظمی، بد عنوانی، لاپروائی، قانون سے بے خوفی وغیرہ) کی بنا پر ان کی موثر کارکردگی مشتبہ ہے۔ اتنے بڑے منصوبے کی بے اثری کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ صحت اور دیگر تعمیری کاموں میں پلاننگ، بجٹ، فنڈنگ، تعمیر، کارکردگی، غرض تمام کنٹرول بیوروکریٹ کلاس کے افسروں کا رہا۔ اُن پالیسی سازوں کی توجہ کا ارتکاز بدستور بڑے شہر، بڑے ہسپتال، ذاتی مفاد اور حکمرانوں کی خوشنودی رہا۔ اُن مراکز صحت کی تعمیر میں اصل ہدف تو 'بنیادی مراکز صحت' کے آٹھ نکات کو کامیاب بنانا تھا۔ لیکن یہ مراکز، پہلے سے موجود ڈسپنسریوں اور سول ہسپتال کی طرح بیوروکریسی کی نااہلی اور لاپروائی کا شکار ہوتے رہے۔ اس بے خبری میں ڈاکٹروں نے بھی اپنی پیشہ وارانہ کوتاہی سے فائدہ اُٹھایا۔

آج ملک کے ۱۳۶ اضلاع میں ۵ ہزار 'بنیادی مراکز صحت'، ۶۰۰ 'دیہی مراکز' اور ۱۰۰۰ کے لگ بھگ ضلعی اور تحصیلی ہسپتال ہیں۔ ان میں تدریسی، سپیشل اور ڈویژنل ہسپتال بھی شامل ہیں۔ ۶۰ فی صد بنیادی اور ۲۵ فی صد 'دیہی مراکز صحت' شروع دن سے ایسی جگہوں پر تعمیر کیے گئے ہیں، جو قبرستان کے ہمسایے اور آبادی سے دُور، ویرانے میں ہیں۔ ناقص تعمیر کردہ عمارتیں اکثر کھنڈر بن چکی ہیں۔ سامان ناقص اور ٹرانسفار مر غائب۔ بعض جگہوں پر مقامی وڈیروں، ارکانِ اسمبلی کے ساتھیوں کا قبضہ ہے۔ عملہ علاقے کی گروہی سیاست کا شکار ہے۔ جو مراکز کام کر رہے ہیں وہاں کا عملہ اکثر کام چور اور نااہل ہے۔ برابر تربیت کا نظام ناپید ہے۔ دوائیں ناکافی ہیں اور کام کی دوائیں بچتی نہیں۔ خریداری میں کمیشن کا بھاؤ بہت بڑھ گیا ہے۔ عملے کی نگرانی اور کنٹرول کے لیے نوکر شاہی کا استعمال غیر مؤثر رہا ہے، بلکہ اس سے کارکردگی مصنوعی اور سطحی ہو کر رہ گئی ہے۔

نظامِ صحت، اہداف اور ترجیحات

: صحت عامہ سے متعلق مختلف طبّی کاموں کے دائرے کچھ اس طرح ہیں

ج: تائید و ترقی صحت ، (Preventive) ب: حفاظت و تدارک ، (Curative) ا: علاج معالجہ
س: مطبی تحقیق و ترقی ،(Training Education) د: طبّی تعلیم و تربیت ،(Promotive)
(Development & Research)۔

:اِن دائروں میں کام کرنے والے ادارے درج ذیل ہیں

صوبائی اور وفاقی حکومتیں (سرکاری) ۲- فوجی و نیم فوجی، نیم سرکاری اور بلدیاتی ادارے ۳- نجی (پرائیویٹ) سیکٹر۔ -۱

مریضوں کے علاج کے لیے استعمال ہونے والے طریقے یہ ہیں: ☆ایلو پیتھی: سرکاری، فوجی اور نجی ☆ہومیو پیتھی: سرکاری اور نجی ☆حکمت (طب): سرکاری اور نجی ☆دیسی وعطائی (مقامی ٹوٹکے و نیم ایلو پیتھی): دیہی اور نجی۔

ایک محتاط اندازے کے مطابق ۹۰ فی صد سے زائد عوام ایلو پیتھی طریقۂ علاج سے استفادہ کرتے ہیں۔ صحت کے اداروں نے MDG (Mallinium معیارِ صحت جانچنے کے جو معیارات طے کیے ہیں اور 'عالمی ادارہ صحت' کے Development Goal) یہ ہیں:

نوزائیدہ بچوں کی شرح اموات میں کمی، ۲- حاملہ مائوں کی شرح اموات میں کمی، ۳- ایڈز سے شرح اموات میں کمی، ۴- حیات کے -۱ متوقع دورانیہ میں اضافہ، ۵- متعدی امراض میں شرح اموات میں کمی ۶- پینے کے صاف پانی کی فراہمی ۷- بیت الخلا اور نکاسی آب کی سہولت، ۸- کم عمر بچوں کے لیے غذائی توازن اور مناسب وزن ۹- ۵ سال تک کے بچوں میں بیماریوں کے خلاف مدافعت اور بچائو، ۱۰- ماحولیاتی صحت اور صفائی۔

لیکن صدی کے بین الاقوامی مطلوبات کے ساتھ پاکستان کے معروضی حالات میں درج ذیل اُمورِ صحت بہت اہمیت کے حامل ہیں، جن کو ہر حال میں ملحوظ رکھنا ہی حصول صحت میں مددگار اور معاون ثابت ہو سکتا ہے۔ اُن کو نظرانداز کر کے حصول صحت کا خواب شرمندۂ تعبیر نہیں ہو سکتا:

☆ کثرتِ آبادی، جو ۲۰۱۷ء کی مردم شماری میں ۲۱ کروڑ سے زیادہ نفوس پر مشتمل ہے۔ اس بڑی تعداد میں غذائی قلت کے شکار پانچ سال سے کم عمر بچے، کمزور اور خون کی کمی کی شکار خواتین اور عوارض میں مبتلا بزرگ شامل ہیں۔ یہ طبقہ خود کمانے والے لوگوں میں شمار نہیں ہوتا۔ ۶۰ فی صد دیہی آبادی بدستور غذائی کمی، متعدی امراض کا نشانہ ہے۔ صحت کی سہولیات میں دیہات پر خصوصی توجہ درکار ہے۔

☆ پینے کا صاف پانی اور گندے پانی کا نکاس (سینی ٹیشن)۔ بڑے شہروں کی بڑھتی ہوئی نوآبادیاں، چھوٹے شہر اور دیہات آج بھی صدیوں پرانا منظر پیش کرتے ہیں۔

۔ ☆بنیادی 'مراکز صحت' کی تعمیر وفعالیت کے حصول کے لیے مؤثر نظام اور اس کا ثانوی نظم صحت کے ساتھ مربوط تعلق

☆ حاملہ ماؤں اور نوزائیدہ بچوں کی صحت وسلامتی کے لیے محفوظ وضع حمل اور نرسری بالخصوص دیہی آبادی کے لیے۔

☆متعدی امراض سے بچاؤ کے حفاظتی ٹیکوں کا وسیع نظام۔

☆اسکول ہیلتھ سروس: بوقت داخلہ اور دوران تعلیم بچوں کی صحت کی نگہداشت۔ سرکاری، پرائیویٹ اور دینی مدارس تینوں میں داخل بچوں کی صحت کی حفاظت۔

☆ دیہات ہیں رائج عطائیت کے لیے متبادل نظام، تاکہ لوگوں کو سستا، فوری علاج ملتا رہے۔

m { FR 585 } بنیاد پر سستی اور معیاری دوائوں کی فراہمی۔ (Generic)☆جنیرک

☆الیکٹرانک میڈیا اور جدید موبائل سروس کے ذریعے انفرادی و شخصی تعلیم صحت۔

Clusters☆ میڈیکل اور سرجیکل اور شاہراہوں پر حادثات کی صورت میں مستعد ایمبولینس سروس جو دیہات کے { FR 587 } جمگھٹ) کو مرکز صحت کے ساتھ مربوط کرے۔)

Tertiary) پنج سالہ منصوبوں اور دیگر سالانہ ترقیاتی پروگراموں کے ذریعے علاج معالجے کی سہولتیں خصوصاً میگا ہسپتالوں کی مدد سے تائیدی WHO کی تعمیر اور قیمتی برآمدی مشینوں کی خریداری پر کثیر رقوم صرف ہوئی ہیں۔ یونیسیف اور (Care اور حفاظتی پروگراموں میں توسیع ہوئی ہے، جیسے نیشنل لیڈی ہیلتھ پروگرام مگر بعد ہیں اس پر مزید فرائض لاد دیے گئے۔ یوں اس پروگرام کا اصل مقصد فوت ہو کر رہ گیا۔ اس پروگرام کے تنقیدی جائزے اور تبدیلی کی ضرورت ہے۔ یرقان اور ایڈز کا تدارک و علاج، بنیادی صحت کے مراکز میں ۱۰۰ فی صد کے لگ بھگ عملے کا اضافہ ہوا ہے، جو وقت کی سیاسی حکومت کے مقامی ارکانِ اسمبلی کے مرہونِ احسان ہیں۔ خدمات اور کام کے لحاظ سے مراکز صحت کی مجموعی کارکردگی متاثر کن نہیں ہو سکی۔ بلاشبہ آبادی کئی گنا بڑھ گئی ہے اور مسائل اس سے بھی زیادہ، لیکن آبادی کی ضرورت کے مطابق اضافے کے بجائے سہولیات صحت میں کمی آئی ہے: کمیت، یعنی تعداد و مقدار اور کیفیت، یعنی معیار اور اثر میں۔

شعبہ صحت عامہ میں بہ نظر ظاہر شان دار عمارتوں، قیمتی مشینوں اور عملے کی تنخواہوں میں وافر اضافے کے باوجود کیا وجہ ہے کہ عام آدمی اپنی صحت و سلامتی کے بارے میں مطمئن نہیں ہے؟ ملکی اہداف صحت اور عالمی اہداف صحت دونوں پورے نہیں ہو رہے۔ پولیو کے خاتمے کے لیے ان گنت مرتبہ قطرے پلائے جا چکے ہیں، لیکن پولیو ہے کہ ختم ہونے کا نام نہیں لیتا۔ ایک ایک بستر پر ۳،۳ مریض، ایمرجنسی سروسز ناکافی، حادثات ہیں بڑھتی ہوئی اموات، جگہ جگہ فارما انڈسٹری لگانے اور قیمتیں بڑھانے کے باوجود دوائیوں کا بحران، ڈاکٹروں، معاون عملے اور ہسپتالوں کے خلاف بڑھتی ہوئی شکایات، بڑے ہسپتالوں میں مہنگی مگر خراب مشینری کے گورستان، غرض جوں جوں سسٹم کے اندر اُترتے جائیں تو معلوم ہوتا ہے کہ سرکار صرف دکھاوے کا کام کر رہی ہے مگر صحت کے نظام کی اصلاح کی قائل نہیں ہے۔ سسٹم پوری طرح ناکارہ بلکہ کمپیوٹر اصطلاح میں کرپٹ ہو چکا ہے اور اس میں اصلاح کرنے پر کوئی مائل نہیں نظر آتا۔

درپیش مسائل اور حل

: موجودہ نظامِ صحت کی چیدہ چیدہ خرابیوں کی چند بڑی بڑی وجوہ اور اصلاح احوال کے لیے متعدد تدابیر کا تذکرہ درج ذیل ہے

☆ عملے کی بھرتی سے اس کے تبادلے تک، اس کی کارکردگی سے کام چوری تک، عمارتی تعمیر سے سامان اور دوائوں کی خریداری تک ــــــــ کرپشن اور بدانتظامی، جس میں قانون شکنی، بدعنوانی، بدنیتی، رعونت، سفارش، رشوت، مفاد پرستی، مافیانوازی، جھوٹ، شو بازی، جعلی اعداد و شمار، سائل اور مریض سے حقارت، فرائض سے پہلو تہی، سیاسی مفادات کی نگہداشت، غرض اخلاقی اور انتظامی مفاسد کی بھرمار ہے۔

☆ سیاسی مصلحتوں اور شعبدے بازیوں کے تحت نئے قائم شدہ میڈیکل کالجوں اور ملحقہ تدریسی ہسپتالوں میں معیار اور سٹاف کی کمی، یوں زیرِ تعلیم ڈاکٹروں کی ناقص تربیت۔

☆ نجی شعبے کے میڈیکل کالجوں میں بڑے بڑے نمایشی ناموں کے باوجود معیار اور تربیت کا شدید فقدان اور صحت عامہ کو لاحق خطرات۔

☆ بنیادی صحت، جنرل پریکٹس اور نجی شعبے کے لیے میڈیکل آفیسروں کی کمی۔

☆ صحت سے متعلق تمام پلاننگ، بجٹ اور عمل درآمد کے سارے کام وفاق میں بھی اور صوبوں میں بھی نوکر شاہی کرتی ہے۔ ان کاموں میں ڈاکٹروں کا کہیں کوئی کردار نہیں ہوتا۔ اسی لیے ڈاکٹر اپنے محکمے کے انتظام وانصرام میں دل چسپی نہیں لیتے اور حاکموں کی طرح وہ بھی اپنے محکمے میں مہمان بنے رہتے ہیں۔

☆ سول سیکرٹریٹ ہیں محکمہ صحت چلانے کے لیے سیکریٹریٹ کا ۹۵ فی صد عملہ اور وزراے اعلیٰ سیکرٹریٹ میں صحت سے متعلق ۱۰۰ فی صد عملہ نان ڈاکٹروں پر مشتمل ہے۔ سیکرٹری وا سپیشل سیکرٹری صحت، گریڈ ۱۹، ۲۰ کے اور تین ایڈیشنل سیکرٹری صحت گریڈ ۱۸ کے سول سرونٹ ہوتے ہیں۔ ۱۴ /۱۲ ڈپٹی سیکرٹریوں میں ڈاکٹر صرف دو ہوتے ہیں۔ یہ نان ڈاکٹر عملہ دو ڈھائی سال تک سیر سپاٹوں اور سہولتوں سے استفادے کے بعد واپس محکمہ جنگلات یا ماہی پروری (فشریز) یا جنگلی حیات (وائلڈ لائف) یا آب پاشی

میں تعینات ہو جاتا ہے۔ میڈیکل کے معاملات بالخصوص: حفاظت و تدارک، علاج معالجے، میڈیکل کی تعلیم، حساس میڈیکل مشینری کی تربیت وغیرہ کے بارے میں کچھ نہیں جانتے، مگر وہ امرت دھارا بن کر چند مہینے کے لیے طبّی اُمور کے پردھان بن جاتے ہیں۔ اس حکمران کلاس کے غلط فیصلوں سے صحت عامہ بہتر نہیں ہو رہی۔ صحت کا نظام چلانے کے لیے وہی کارندے درکار ہیں، جن کا تعلق سسٹم سے ہو اور وہ اس کام، محکمے اور میدانِ کار سے دل چسپی رکھتے ہوں۔

☆ صحت کا بجٹ آبادی اور بیماریوں کی یلغار کے لحاظ سے کم ہے اور اس میں مریضوں کے لیے استعمال ہونے والا حصہ کم تر ہوتا ہے۔ قومی جی ڈی پی تعلیم کی طرح مندی کا شکار ہے۔ جب وفاقی بجٹ میں اضافہ ہوگا تو باقی سطحوں پر بھی بہتری آئے گی۔

☆ بڑے بڑے ہسپتالوں کا انتظام عملاً ناممکن ہے۔ چھوٹے یونٹ، یعنی بستروں کی تعداد کم ہو تو وہ پھر بھی قابلِ انتظام ہو سکتے ہیں۔

☆ بیوروکریٹ اپنی سروس کے دوران غیر ملکی تربیت کے لیے سات، آٹھ مرتبہ باہر جاتا ہے۔ مریضوں اور ہسپتالوں کے لیے کبھی کوئی ڈاکٹر تربیت یا فنی مشاہدے کے لیے بیرونِ ملک سرکاری خرچ پر باہر نہیں گیا۔ دل چسپ بات یہ ہے کہ صحت کے تکنیکی کورسز اور دورے بھی یہی اعلیٰ اختیاراتی حکمران کلاس خود ہی کر لیتی ہے۔

☆ صوبے میں ایک ڈائریکٹر جنرل ہیلتھ سروسز ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اس سے زیادہ بے وقعت، بے اختیار اور بے اثر ادارہ شاید ہی کوئی ہو، عملاً مفلوج! سارے اختیار سول سیکریٹریٹ کے سیکرٹری، ڈپٹی سیکرٹری اور سیکشن افسر استعمال کرتے ہیں۔ فی الواقع گریڈ ۱۸ تک تقرر اور تبادلے کے ساتھ ساتھ نگرانی اور کارکردگی کی مانیٹرنگ کا کام اس ادارے کو کرنا چاہیے۔ صحت عامہ کے فیصلوں میں اُسے مؤثر رول ملنا چاہیے، مگر سوال ہی نہیں پیدا ہوتا۔

☆ 'شریف شاہی' کے انتظامی جرائم میں ایک بڑا اور سنگین جرم کارِ سرکار میں خود بھی اور اپنے ارکانِ اسمبلی کے ذریعے مسلسل اور شدید مداخلت ہے۔ لاہور شہر میں تمام تقرریاں اور تبادلے وزیر اعلیٰ کے صاحبزادے کے ذریعے ممکن ہیں، کارکردگی اور اہلیت کا کوئی دخل نہیں۔ یہی حال مضافات کا ہے۔ سفارشی کہاں صحیح کام کرتے ہیں؟

☆ عملی طور پر صحت کے پبلک اور پرائیویٹ اداروں کی کارکردگی اور معیارِ کار کے لیے تشخیصی نگرانی کا نظام ناپید ہے۔

☆ہیلتھ کیئر کمیشن کے لیے نئے اہداف اور مقاصد کے ساتھ اس کے کام کے بے لاگ جائزے کی ضرورت ہے۔ بہتری کیسے آئے گی؟ پرائیویٹ پریکٹس ایک بے لگام گھوڑا بن چکا ہے، جو غریب، مجبور اور لاچار مریضوں کو روندرہا ہے۔

☆انتظامی اور دیگر اُمور میں اختیارات کا ارتکاز (سنٹرلائزیشن) تبادلوں، منصوبوں اور پروگراموں کی حالت یہ ہے کہ ڈائریکٹر جنرل ہیلتھ سروسز بے اختیار ہے۔ مثلاً وزیر اعلیٰ پنجاب کے ۳۲ محکموں سے روزانہ سیکڑوں سمریاں جاتی ہیں، وزیر اعلیٰ ان کو سرسری طور پر دیکھ بھی نہیں سکتا۔ سارے فیصلے نو عمر ڈپٹی سیکرٹری اور گھاک قسم کے بیوروکریٹ کرتے ہیں۔ یہی کام نیچے کے تکنیکی لوگ، یعنی محکمہ صحت میں ڈاکٹر خود کیوں نہیں کر سکتے؟

☆واقعہ یہ ہے کہ صوبے کے تمام محکموں اور خاص طور پر محکمہ صحت کو چلانے کے لیے حکومت پنجاب کے موجودہ ایکٹ ۱۹۷۳ء کے ضابطہ کار میں تبدیلیوں کی ضرورت ہے۔ اس فرسودہ ایکٹ کی وجہ سے شعبہ صحت بھی جکڑ (Rules of Business) بندی کا شکار ہے۔

☆صحت کی ہر اسکیم جو گورے کسی ایجنسی کے ذریعے بھیج دیں، محکمہ صحت میں براجمان نوکر شاہی آنکھیں بند کر کے صادر کر دیتی ہے۔ حالاں کہ ایسی صحت اسکیموں کا ملکی ماہرین اپنے وطن کے احوال کی روشنی میں جائزہ لیں اور اپنی ضرورتوں کے موافق ترامیم کے بعد قبول کریں۔

☆ملک میں بڑھتے ہوئے امراض (Burden of Diseases) کے مطابق ماہرین ڈاکٹر تیار کیے اور لگائے جائیں، جیسے امراض دل، گردہ، کینسر، ذیابیطس، نفسیات، جلد، چشم، بچگان، مستورات، معدہ و جگر وغیرہ کے لیے۔ دیہی ضرورتوں کے لیے بجائے فیلوشپ کے کم خرچ ڈپلومہ کورسز جاری کیے جائیں۔

☆محکمہ صحت میں بڑھتی ہوئی کرپشن اور نااہلی اور نجی شعبے کی بے لگامی اور ڈاکٹروں کی حرص و بددیانتی کے پیش نظر 'صحت محتسب' (Ombudsman) ضروری ہے۔ جس پر کوئی دیانت دار (امین اور صادق) پروفیشنل ڈاکٹر یا اُستاد کام کرے۔

☆بڑے شہروں کے میگا ہسپتالوں پر آئوٹ ڈور کا رش کم کرنے کے لیے شہروں میں غلٹر کلینک یا ڈسپنسریاں بنائی جائیں۔

☆بہتر کارکردگی کے لیے دیہی صحت کے مراکز کو چلانے کا اختیار مقامی لوگوں کے حوالے کیا جائے اور ہیلتھ انشورنس کا دائرہ وسیع کیا جائے۔

☆حاملہ مائوں کو لیڈی ڈاکٹروں کی لالچ سے بچانے کے لیے سی سیکشن (بڑے آپریشن) پر تحدید اور فطری وضع کی حوصلہ افزائی کی جائے۔

☆محکمہ بہبود آبادی اصل میں صحت کا حصہ ہے۔ بیوروکریسی نے اپنے مفاد کی خاطر اسے الگ کر کے عملاً غیر فعال اور غیر موثر کر دیا ہے۔

☆ضرورت ہے کہ موجودہ حالتِ صحت کی روشنی میں صحت کے لیے اہداف اور صحت کا قومی بیانیہ تیار کیا جائے۔

☆میڈیکل ایجوکیشن کے موجودہ نصاب کو ملکی ضروریات اور قومی اُمنگوں کے مطابق ڈھالا جائے۔ نصاب کو یورپ کی یونی ورسٹی یا امریکی کالجوں اور ہسپتالوں ہیں داخلے کے لیے نرسری نہ بنایا جائے۔ حرص، بدنیتی، کام چوری اور دوسرے اخلاقی عوارض کے لیے نصاب میں اسلامی اور اخلاقی پہلوئوں پر عملی توجہ از حد ضروری ہے۔

☆شعبہ طب نامکمل ہے اگر اس کا معاون عملہ، یعنی نرسیں، پیرا میڈیک اور ٹیکنیشن صحیح طور پر تربیت یافتہ اور اخلاق یافتہ نہ ہوں۔

غرض شعبہ صحت میں پچھلے ۷۰ سالوں ہیں اگر ایک قدم آگے بڑھا ہے تو تین قدم ہم پیچھے ہٹے ہیں۔ عملے، عمارتوں اور مشینوں کے باوجود اخلاص، اخلاق، خدا ترسی اور تکنیکی مہارت غائب ہو گئی ہے۔ طب ایک کمرشل کاروبار کی شکل اختیار کر چکا ہے۔ معالجوں کا مشینوں پر اعتبار بڑھ گیا ہے۔ ہر مریض سونے کا انڈا دینے والی مرغی بن کر رہ گیا ہے، کیوں کہ جو کچھ اُوپر ہو رہا ہے اُسی کا عکس نیچے پڑتا ہے۔ ڈاکٹروں میں انسان نوازی اور مریض دوستی بلکہ قوم پرستی جنسِ نایاب ہو کر رہ گئی ہے۔ صحیح تشخیص، مناسب علاج، سستی (Affordable) دوائیں، ہمدردانہ رویہ اور مناسب خرچ وقت کی ضرورت ہے۔

تحقیق ناگزیر تقاضا

ایک ناگریز ضرورت ہے۔ پاکستان میں عام جامعات ہوں یا میڈیکل کے ادارے (R & D) ترقی کے عمل میں تحقیق و ترقی
، تحقیق نام کی کوئی چیز نہیں ہے۔ کاغذوں میں لکھا ہے کہ اسسٹنٹ ایسوسی ایٹ اور فل پروفیسر بننے کے لیے ایک مقررہ تعداد میں
جینوئن اور اوریجنل ریسرچ پیپر درکار ہیں۔ یہ بات حیران کن نہیں ہونی چاہیے کہ دیگر اداروں اور جامعات کی طرح محکمہ صحت کے
ٹیچنگ کیڈر میں حاضر اساتذہ کے ریسرچ پیپر ساختہ، جعلی اور کسی دوسرے طالب علم کی عارضی محنت کا حاصل ہوتے ہیں۔ واقعہ یہ
ہے کہ کوئی میڈیکل کالج، میڈیکل یونی ورسٹی یا کالج آف فزیشنز و سرجنز طب میں، پبلک ہیلتھ میں، فارما میں کوئی ریسرچ نہیں کروا
کی طرح پاکستان میڈیکل اینڈ ڈینٹل (HEC) رہا۔ یہ سب فرضی کام کرتے ہیں، کیوں کہ ہائر ایجوکیشن کمیشن
کو ان 'چھوٹے' کاموں میں کوئی دل چسپی نہیں ہے۔ جب اُستاد ہی جعلی ریسرچ پر تعینات ہو گا تو ایم ایس، (PMDC) کونسل
کی ریسرچ پیں شاگردوں کی کیا رہنمائی کرے گا؟ FCPS اور M.Phil

تحقیق کے لیے بجٹ، ریسرچ اسکالرز، لائبریری اور دیگر سہولیات کا فقدان ہے۔ وجہ یہ ہے کہ پلاننگ اور ڈویلپمنٹ کا شعبہ
کو کار فضول سمجھتے ہیں۔ ضرورت اس امر کی ہے کہ ہمارے طبّی محقق ملک کی (R&D) بیوروکریسی کے پاس ہے جو تحقیق و ترقی
بیماریوں اور قوم کے مسائل صحت کے حوالے سے تحقیق کریں جو ہمارے لیے مفید اور نظام صحت کو بہتر بنانے میں مدد دے اور
جن سے ملک و قوم کو واضح فائدہ ملے۔